

Reisdoel: menselijk brein

Jaap van der Stel

Er zijn mensen die er hun levenswerk van maken het ziektebegrip van verslaving aan te vallen. Ik vind dat weinig productief. Natuurlijk vatten artsen verslaving op als een ziekte en proberen biomedische onderzoekers de ziektemechanismen daarvan op het spoor te komen. Vervolgens gaan ze na of er farmacotherapeutische strategieën zijn die daar bij passen.

Belangrijker dan een strijd in de theorie is die in de praktijk: welke discipline maakt het verschil? Welke benadering en welk model draagt bij aan klinisch en epidemiologisch merkbare veranderingen?

Het eerste consultatiebureau voor alcoholisme spijkerde bij de oprichting meteen ‘medisch’ op de voordeur. Toch was de teleurstelling groot: als er al een arts te bekennen was, kon die alcoholisten niet beter maken. Medici beschikten toen nog niet over veel kennis van het ziektemechanisme van verslaving, en het hersenonderzoek stond nog in de kinderschoenen. Het zijn hoofdzakelijk de psychologen geweest die de verslavingszorg een zweem van doeltreffendheid hebben gegeven met hun motivationele en cognitief-gedragstherapeutische technieken. Maar: blijft dat zo? Als je onderzoekers en bestuurders mag geloven is het ziektemodel weer helemaal terug. Nu dan als ‘hersenziekte’.

Als sociaalwetenschapper heb ik lange tijd een ambivalente houding aangenomen tegenover het ziektemodel van verslaving. Verslaving leidt tot lichamelijke en psychische schade. Maar is het een ziekte of een bewust verkozen gedragswijze? Als het ‘medisch’ is, wat kunnen artsen dan doen? Als het iets ‘sociaals’ is: heeft de verslavingszorg dan wel iets te zoeken in de (geestelijke)

gezondheidszorg? Voor de zekerheid heb ik nooit een *ferm* standpunt ingenomen want ‘je weet maar nooit’.

Hersenziekte klinkt erg cru. Dat heeft alles te maken met de connotaties bij het woord ‘ziekte’: iets dat iemand ‘overkomt’. Past verslaving in het rijtje griep, cholera of gastritis? Men kan stellen dat verslaafden behoren tot een genetisch kwetsbare groep, maar is dat een ziekte?

Liever gebruik ik het *laffe* woord hersenaandoening. Verslaving ontstaat door een bijzondere combinatie en interactie van genetische en omgevingsfactoren. Het gaat gepaard met – inmiddels aangetoonde – veranderingen in de hersenen. Sommige veranderingen zijn schadelijk en/of niet functioneel, en ze lijken nogal duurzaam te zijn. In ons brein geldt: software = hardware. Het brein van een notoire alcoholist verschilt van het brein van een niet-drinker. Maar veranderingen wijzen nog niet op ziekte. Ook musici hebben ‘afwijkende’ hersenen. We hebben daarom een duidelijk criterium nodig om te bepalen wanneer we een bepaalde software/hardwarecombinatie wel of niet als ‘aangedaan’ beoordelen.

Wat we leren, hoe onze motivatie zich ontwikkelt, en wat we willen maar niet kunnen, zit besloten in de verbindingen die onze hersencellen, na de herhaalde ontmoeting met een psychoactieve stof, met elkaar aangaan. Wat telt, is of het leidt tot schade aan de cellen of tot disfunctioneel gedrag van de hersencircuits die door die cellen worden gevormd.

Mensen slikken of spuiten doelbewust stoffen in die de bloed-hersen barrière met gemak kunnen passeren. In de hersenen kunnen die stoffen hun psychoactieve werk verrichten. Gezien de dosis en de duur van het gebruik is niet te verwachten ze dit jarenlang ongestraft kunnen doen. De hersenen passen zich noodgedwongen aan de ‘indringers’ aan. Het bizarre – daarom spreken we van verslaving – is echter dat onze hersenen, ondanks alle

Jaap van der Stel (✉)

Dr. J.C. (Jaap) van der Stel, andragoloog, senior onderzoeker bij De Geestgronden, instelling voor geestelijke gezondheidszorg te Bennebroek

nadelen, er toch telkens méér van willen. Ze gaan zich hechten aan hun gijzelhouders: het Stockholmsyndroom in het kwadraat!

Dank zij moleculair biologisch en hersenwetenschappelijk onderzoek weten we zoveel over hoe de hersenen zich gedragen bij verslaving, dat veel targets voor nieuwe medicatie zijn geïdentificeerd. De komende tien jaar kan een magische periode worden. Tenminste als de uitkomsten van al dat onderzoek omgezet worden in werkzame therapieën. Daarmee kan de verslavingszorg zich voor het eerst profileren als een onderdeel van de geneeskunde.

Betekent dit het afscheid van het psychosociale model? Integendeel! Verslaving mag dan gepaard gaan met een abnormale ontwikkeling van hersenstructuren, het blijft relevant om verslaafden psychotherapeutisch

te behandelen. De hersenen, en ook dát volgt uit het moderne onderzoek, zijn zeer plastisch. Ons leven lang kunnen hersencellen nieuwe verbindingen maken, zowel door toediening van alcohol, drugs of medicijnen, als door deelname aan een training of psychotherapie. Het medische model heeft baat bij het psychosociale en omgekeerd.

Toch, om een miljoenenpubliek te bereiken, om mensen massaal van het roken en van drank- en drugsmisbruik af te helpen, zijn op het gedrag gerichte, psychologische behandelingen niet zo effectief. De roep om snelwerkende pillen en om vaccins tegen psychoactieve stoffen zal toenemen. Mochten die het beloofde toch niet waarmaken, dan kunnen we altijd nog denken aan een genetische ingreep. Op uw gezondheid!